

FACULTE MIXTE
DE
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 210

LES GASTRITES POLYPOÏDES OMBILIQÜÉES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Avril 1947

PAR

Georges LISCIA

Né le 24 juin 1918, à Rome (Italie)

Lauréat de la Faculté

Certificat de Radiologie de l'Université de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Marseille

Croix de guerre 1939-1945

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. OLMER Président.

MONGES

RECORDIER

PAILLAS

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET
COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Nom du Candidat : **LISCIA.**

Prénom : **Georges.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

LISCIA (Georges). — Les gastrites polypoïdes ombiliquées — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, in-8°, 59 p., 19 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Marseille 1947, N°).

LISCIA (Georges). — Les gastrites polypoïdes ombiliquées — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, in-8°, 59 p., 19 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Marseille 1947, N°).

LISCIA (Georges). — Les gastrites polypoïdes ombiliquées — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, in-8°, 59 p., 19 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Marseille 1947, N°).

LISCIA (Georges). — Les gastrites polypoïdes ombiliquées — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, in-8°, 59 p., 19 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Marseille 1947, N°).

LES GASTRITES
POLYPOÏDES OMBILIQUÉES

FACULTE MIXTE
DE
MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N^o

**LES GASTRITES
POLYPOÏDES OMBILIQUEES**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le Avril 1947

PAR

Georges LISCIA

Né le 24 juin 1918, à Rome (Italie)

Lauréat de la Faculté

Certificat de Radiologie de l'Université de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Marseille

Croix de guerre 1939-1945

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. OLMER Président.
		MONGES
		RECORDIER
		PAILLAS

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

PERSONNEL ENSEIGNANT

De la Faculté Mixte de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : J. ROCHE

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITTESSIER, GAUJOUX,

COTTE, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX

Chargé de Cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL

PROFESSEURS

Anatomie	SALMON
Anatomie Pathologique et Médecine Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	OLMER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la Nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Médicale Thérapeutique	POINSO
Clinique Obstétricale et Gynécologique	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	BELTRAMI
Professeur sans chaire	BALANSARD
Professeur sans chaire	PIERI
Professeur sans chaire	ARNOUX
Professeur sans chaire	DELPHANT

CHARGÉS DE COURS

Clinique Dermatologique	VIGNE
Clinique de la Tuberculose	BERTHIER

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BRAHIC	MM. GRISOLI
AUDIER	HENRY
CHOSSON	JOUE
DOR	LAMY
IMBERT	LENA
PAILLAS	J. OLMER
RECORDIER	PICARD
DERRIEN	RANQUE
	VAGUE

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Physiologie	DONNET
-------------------	--------

ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie Descriptive et Topographie	GRISOLI
Anatomie Générale	JULLIEN
Chimie Générale	ARNOUX
Chimie Organique	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale Infantile	IMBERT
Cryptogamie	PELLISSIER
Embryologie	ROMIEU
Hygiène et Clinique de la première enfance	BERNARD
Médecine Opératoire	LENA
Neuro-Chirurgie	PAILLAS
Neuro-Psychiâtrie Infantile	CREMIEUX
Obstétrique et Gynécologie	CHOSSON
Pathologie Chirurgicale	LAMY
Pathologie des Vieillards	RAYBAUD
Pharmacodynamie (Pharmacie)	DELPHAUT
Propédeutique Chirurgicale	LUCCIONI
Psychiâtrie	ALLIEZ
Radiologie Clinique	MATTEI
Toxicologie	GUILLOT

A MES PARENTS

*A qui je dois tout.
En affectueux témoignage de
reconnaissance.*

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES FRÈRE ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR D. OLMER

Professeur de Clinique Médicale

*Qui a dirigé mes premiers pas en
médecine et qui m'a appris à aimer
mon métier.*

*En affectueux témoignage d'ad-
miration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.-A. GUTMANN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris

*Qui a inspiré cette thèse et m'en
a fourni les éléments.*

*En remerciement pour le pré-
cieux enseignement qu'il m'a
fourni.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

AU REGRETTÉ DOCTEUR BOURDE.

MONSIEUR LE DOCTEUR D. OLMER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOIROUD.

*Dont j'ai eu l'honneur d'être l'ex-
terne.*

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAUVIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR PAOLI.

*Auprès de qui j'ai eu l'honneur de
remplir les fonctions d'Interne.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
A MON JURY DE THESE

Respectueux remerciements.

INTRODUCTION

Nous avons été frappés ces derniers mois par l'aspect morphologique que présentaient un certain nombre de pièces opératoires d'estomacs.

L'aspect particulier de ces estomacs consiste en l'existence d'une série d'éléments que le titre donné à notre travail illustre le mieux, il s'agit d'éléments en « ventouses de pattes de poulpe ». Ce sont de petites saillies de la muqueuse, rondes, d'un diamètre d'un demi-centimètre environ et qui sont ombiliquées en leur centre.

Cet aspect est si peu fréquent que notre Maître, le Docteur GUTMANN, nous a déclaré n'en avoir rencontré qu'un seul cas en 1938, dont nous reproduisons d'ailleurs l'observation un peu plus loin, au cours de sa longue et riche expérience en pathologie gastrique. Depuis que récemment son attention a été appelée sur cette lésion et qu'il en a fait opérer, il en a observé plusieurs cas.

Par ailleurs, d'autres cas analogues ont été rencontrés, pendant la même période, par Monsieur le Professeur SÉNÈQUE à l'Hôpital Vaugirard, et par les Docteurs ALBOT, LÉGER et TRICARD, qui ont bien voulu nous communiquer leurs observations, pour lesquelles nous les prions de trouver ici l'expression de notre plus vive gratitude.

Nous avons cru intéressant de rassembler tous ces cas, d'en faire une étude macroscopique et microscopi-

que, d'essayer de les dégager des autres gastrites, de les ranger dans les différentes classifications des gastrites, et enfin d'en tirer quelques signes qui permettront d'en faire le diagnostic à l'avenir.

Nous avons également fait de nombreuses recherches bibliographiques pour étudier ces cas, que nous exposerons et discuterons; puis nous avons essayé de tirer quelques conclusions sur la nature de ces gastrites.

Tels sont les points qui formeront l'essentiel de ce travail, négligeant délibérément toutes autres questions pour lesquelles nous ne croyons pas apporter de faits nouveaux.

OBSERVATIONS⁽¹⁾

OBSERVATION I

(Communiquée par le Docteur GUTMANN)

M. D..., 37 ans.

Malade présentant depuis 10 ans des douleurs à type de brûlures, durant de quelques jours à 3 semaines, une à deux heures après les repas, calmées par les aliments.

Très mauvais état général, amaigrissement, baisse de la vue, lipothymies, sans atteinte pulmonaire.

De plus, tous les deux mois diarrhée noire, chez un constipé chronique se plaignant de sa fosse iliaque droite.

A l'examen, point de Mac Burney et gros foie.

Réaction de Meyer positive, dans les selles.

Le malade est suivi ainsi pendant 10 mois avec des traitements divers qui n'amènent aucune amélioration.

Les radiographies faites le 4 avril 1938 montrent (fig. 1) de gros plis gastriques sur la grande courbure et des images constantes de l'antré, consistant en deux plis transversaux et trois petites lacunes qui font penser à des polypes.

Le 28 juillet 1938, disparition des images antrales, mais un examen fait par compression quelques jours plus tard, les fait réapparaître (fig. 2).

On pose le diagnostic de polypose antrale et d'appendicite.

(1) : Les observations 3 et 5 ont été publiées dans la Presse Médicale du 19 Mars 1947.

Les observations 2, 4 et 9 doivent paraître dans un prochain numéro des Confrontations Radio-anatomo-cliniques.

Les observations 1, 6, 7 et 8 sont inédites.



Fig. I. — Obs. 1. Cliché du 4. IV.38. Remarquer en plus des gros plis de la G. C., 2 plis transversaux de l'antra avec sur la P. C. antrale, 3 lacunes arrondies.



Fig. II. Obs. 1. Cliché du 4.VIII.38, avec compression. Un premier examen n'avait plus rien montré, la compression ramène des aspects analogues au cliché précédent.

Une pylorectomie est faite le 14 décembre 1938 par le Docteur CHARRIER qui note : « A la palpation, rien de net n'est constaté et on doit ouvrir l'estomac sur la face antérieure pour constater qu'il existe dans toute la région pylorique des saillies de la muqueuse terminées vers le haut en cratère, comme s'il existait une lésion comparable à de la poradénie intestinale. Il y a environ 10 à 12 de ces élevures dont aucune n'est ulcérée ni indurée... ».

Pièce opératoire (fig. 3).

L'examen histologique fait à cette époque conclut à de la gastrite, et il ne nous a pas été possible de retrouver les coupes pratiquées à cette époque pour les analyser d'une façon plus complète.



Fig. III. — Obs. 1. Pièce opératoire. Remarquer sur le bas de la figure, 5 éléments disposés linéairement.

OBSERVATION II

(Communiquée par les Docteurs GUTMANN et GORDET)

Mme P..., 53 ans.

Vient consulter le 10 janvier 1946 pour de l'anorexie, un amaigrissement de 10 à 12 kilos et depuis un mois sialorrhée et parfois vomissements glaireux et alimentaires.

Petite douleur épigastrique éphémère, sans troubles intestinaux, et de temps en temps une légère dysphagie.

Hypertendue modérée, aortite syphilitique.

Les radiographies montrent des images de polypes de l'antrum avec souplesse conservée (fig. 4).



Fig. IV. — Obs. 2. Cliché du 16.I.46 (1). Avec compression. Aspect polypoïde de la P. C. Sur la grande courbure, difficulté d'isoler exactement les images lacunaires par suite de la superposition de de l'ombre duodénale..

Un traitement intensif est institué pour des raisons cliniques avec du cyanure de mercure et de nouveaux clichés faits le 6 février 1946 montrent un aspect semblable (fig. 5), il existe 3 lacunes de la petite courbure qui pourraient faire penser à un aspect

(1) Ce cliché et tous les suivants sont de Mlle MARQUIS.

néoplasique, seulement on remarque par transparence d'autres lacunes, plus un pli transversal semé de lacunes, ainsi qu'un pli longitudinal le long de la grande courbure.



Fig. V. — Obs. 2. Cliché du 6.11.46. Avec compression. On voit mieux sur la G. C. une série de lacunes donnant une aspect de perles enfilées. Comparer cette radio avec la pièce macroscopique (figure suivante).

Devant les signes cliniques (anorexie, fort amaigrissement, évolution relativement rapide), on pense à une transformation possible d'une polypose, et l'intervention est décidée.

Elle est pratiquée le 19 février 1946 par le Docteur LÉANDRI qui note dans son protocole opératoire : « estomac d'aspect extérieur normal, la palpation révèle des parois gastriques souples, mais dans la région prépylorique on sent une résistance élastique donnant l'impression de petites tumeurs pédiculées intragastriques ».

La pièce opératoire (fig. 6) montre une série d'éléments que nous vous déjà mentionnés, dans la région antrale et s'arrêtant net au pylore. Pliis fundiques un peu hypertrophiés.



Fig. VI. — Ob. 2. Pièce opératoire de Mme P.... aspect lisse de l'antré avec 5 rangées d'éléments polypoïdes ombiliqués, convergeant vers le pylore, dont l'une donne l'aspect radiologique de la figure précédente



Figure VII.

Obs. 2. — Coupe histologique montrant les aspects atropho-hypertrophiques de la muqueuse



Figure VIII.

Obs. 2. — Plus fort grossissement de la coupe précédente montrant des glandes hyperplasiées à la périphérie et au centre des glandes normales ou un peu atrophiques.

L'examen histologique nous montre que les saillies de la muqueuse sont formées par une hypertrophie centrée par un petit flot d'atrophie sans ulcération vraie. Les glandes sont en métaplasie intestinale dans la région hypertrophique. Il existe par ailleurs une énorme infiltration du chorion par des polynucléaires (fig. 7 et 8).

OBSERVATION III

(Communiquée par les Docteurs ALBÔT, LÉGER et TRICARD)

M. G..., 29 ans.

Présente des douleurs sans horaire fixe mais survenant par crises, de siège épigastrique, en barre avec parfois des vomissements.

Les clichés du 26 mars 1946 montrent des plis volumineux au niveau de la portion horizontale de l'estomac pouvant déjà évoquer l'idée d'une gastrite à gros plis. Mais surtout la région antrale est déformée, effilée et on y distingue plusieurs lacunes arrondies, bien limitées avec au centre un point plus foncé. On porte le diagnostic de polypes de l'antré (fig. 9).

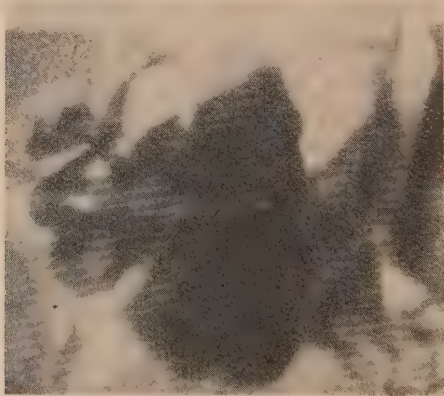


Fig. IX. — Obs. 3. Cliché du 26.III.46. Avec compression. Remarquer les petites lacunes centrées par un point de baryte, trahissant l'ombilication. Quelques lacunes sont légèrement visibles à la partie inférieure de la figure.



Figure X

Obs. 3. — Pièce opératoire de Monsieur G... Gastrectomie le 3 avril 1946, la pièce montre de gros plis cérébriformes sauf au niveau de l'antra où l'on retrouve des saillies ombiliquées (fig. 10).

L'examen histologique montre que la lésion la plus étendue de l'antra est une atrophie de la muqueuse sur laquelle tranchent de petites plaques hypertrophiques. La sous-muqueuse et la musculieuse sont normales.

OBSERVATION IV

(Communiqué par Monsieur le Professeur SÉNÈQUE
et le Docteur FABRE)

M. F..., 32 ans.

Le malade vient consulter le 12 octobre 1945 pour un syndrome douloureux épigastrique tardif durant 3 semaines, dont c'est la deuxième crise en 18 mois. Parfois régurgitations acides et vomissements alimentaires tardifs. Aurait eu du sang dans un de ses vomissements, suivi de moelena.

Les radiographies faites à ce moment montrent une niche de la petite courbure.

Le malade est mis à un traitement antiulcéreux et est revu le 14 décembre 1945. Il ne souffre plus, mais il persiste des brûlures très passagères et légères : traitement banal.

A ce moment des clichés montrent une niche un peu encastrée de la petite courbure angulaire et de gros plis de l'antré.

Le malade est revu le 18 mars 1946, il souffre au niveau de son thorax avec irradiation dans les membres supérieurs, surtout à gauche, il est mis à un traitement au salicylate, et des clichés faits le 8 avril 1946 montrent une antrite, une bulbite et un aspect marécageux de la partie moyenne de l'estomac qui laisse soupçonner une possibilité de cancer.

L'ouverture de la pièce après gastrectomie (Professeur SÉNÈQUE) montre une multiplicité de lésions analogues à celles que nous avons déjà vues, mais qui ont ceci de particulier, c'est que chaque orifice au centre des formations polypoïdes est hémorragique

Le compte rendu histologique montre des lésions analogues aux cas précédents avec de plus, une telle irrégularité de l'épithélium, qu'il forme presque des villosités. La *muscularis mucosae* n'est pas atteinte, et il existe une très importante infiltration leucocytaire du chorion, sans qu'il existe d'amas folliculaire.

OBSERVATION V

(Communiquée par ALBOT, LÉGER et TRICARD)

M. V..., 48 ans.

Souffre depuis 20 ans de troubles gastriques évoluant par crises d'un mois environ, séparées par des accalmies de plusieurs mois. Les douleurs sont tardives, calmées par l'absorption d'aliments. Le traitement médical n'a eu qu'une action transitoire.

L'examen radiologique montre un bulbe se remplissant mal, un peu irrégulier, et surtout dans la région prépylorique une petite courbure à contour légèrement floconneux. La gastrectomie est conseillée dans la crainte d'une lésion tumorale de l'antré.

Elle est pratiquée le 29 mai 1946. La pièce (fig. 11) montre de volumineux plis cérébriformes s'arrêtant à la région antrale, tandis que celle-ci est occupée par un nombre important de saillies mamelonnaires ombiliquées en leur centre.

L'examen histologique (fig. 12) montre que cet aspect macroscopique est dû à des modifications strictement muqueuses du type atropho-hypertrophique. Les zones atrophiques montrent des cavités glandulaires rares et un épithélium de contour irrégulier ébauchant presque des villosités.

Les zones hyperplasiées montrent un épaississement important des glandes avec un épithélium régulier et rectiligne, et à ce niveau les éléments glandulaires sont presque normaux. Le chorion est le siège d'un important œdème. La musculaire muqueuse n'est pas atteinte; cependant il existe de place en place des capillaires très congestifs dans la sous-muqueuse.

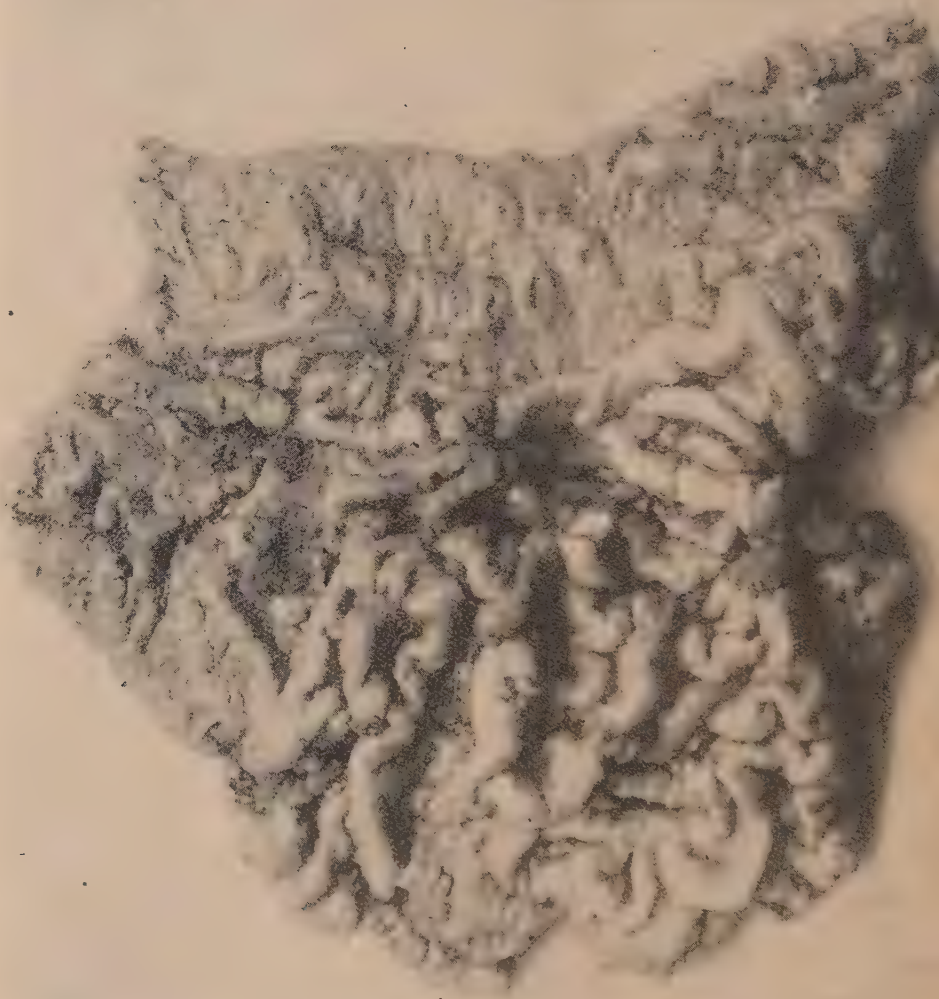


Fig. XI. — Obs. 5. Pièce opératoire de Mr. V... Noter les gros plis formant des circonvolutions cérébrales.



Fig. XII. — Obs. 5. Coupé histologique de Mr. V... Aspect atropho-hypertrophique provoquant des différences d'épaisseur de la muqueuse.

OBSERVATION VI

(Communiquée par les Docteurs GUTMANN et GORDET)

M. R..., 53 ans.

A eu il y a 5 ans une hématomèse, puis plus rien, puis il y a 2 ans des vomissements tout de suite après les repas sans nausées, périodiques avec accalmie entre les périodes. Pas de douleurs.

Depuis 15 mois, anorexie, amaigrissement.

Les radiographies montrent un ulcère de face banal du bulbe duodénal.

Au cours de l'intervention le Docteur LÉANDRI note qu'on a l'impression de palper une tumeur molle intragastrique.

La pièce opératoire montre de très gros plis (fig. 13) cérébriformes de l'estomac s'arrêtant à la limite de l'antrum et du fundus pour laisser place dans l'antrum à de très nombreux éléments polypoïdes ombiliqués.

Histologiquement on constate au niveau des gros plis fundiques, une muqueuse épaissie (fig. 15) avec accompagnement dans chaque pli de la muscularis mucosae et dans l'axe de chaque pli une traînée de tissu conjonctif. La muqueuse ne semble pas gastritique.

Au niveau de l'antrum, nous retrouvons les lésions atropho-hypertrophiques des cas précédents. Il existe de plus un chorion un peu épaissi avec un peu d'infiltration et de temps à autre une glande dilatée (fig. 14).



Fig. XIII. — Obs. 6. Pièce opératoire de Mr. R... Les éléments polypôïdés ombiliques sont peu visibles, la pièce ayant été fixée au formol avant la prise de la photographie. Noter la disposition linéaire transversale des éléments parallèles à un pli.



Figure XIV.

Obs. 6. — Aspect histologique de l'estomac de Monsieur R... montrant toujours les mêmes aspects atropho-hypertrophiques.



Figure XV.

Obs. 6. — Coupe passant par un pli cérébriforme, prélevée dans le même estomac que la coupe de la figure précédente, montrant la différence entre les lésions.

OBSERVATION VII

(Communiquée par le Docteur GUTMANN)

M. M..., 38 ans.

Vient le 27 novembre 1945 pour des douleurs au creux épigastrique survenant tantôt le matin, tantôt l'après-midi, à type de brûlure et de constriction, évoluant depuis plusieurs années avec des périodes d'accalmies de trois semaines.

Depuis le mois d'août, cette douleur est plus intense, à type de brûlure et de constriction, sans irradiation, 4 à 5 heures après les repas, tous les jours sans interruption, calmée par l'ingestion d'aliments et non par les alcalins. Pas de vomissements, amaigrissement faible.

Poussée d'urticaire assez souvent.

Signe de Murphy positif.

Les clichés montrent une tache centrale floue au centre du bulbe qui est œdémateux, mal rempli.

De nouveaux clichés faits le 27 août 1946 montrent en plus de l'ulcus du bulbe certain, une petite image prépylorique, lacunaire sans rigidité ressemblant à un pli hypertrophié vu en coupe (fig.16).

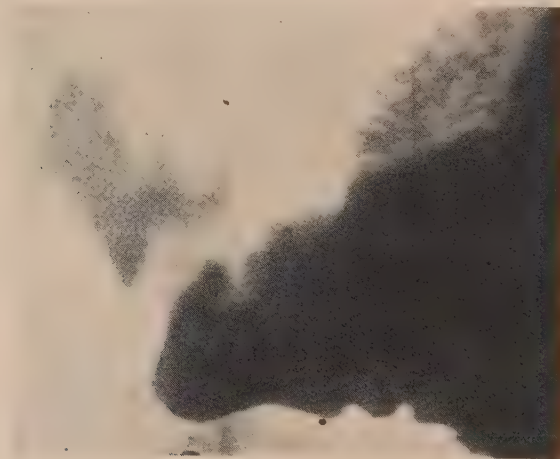


Fig. XVI. — Obs. 7. Cliché du 30.2.46. Noter l'encoche prépylorique qui n'est qu'une exagération d'une image fréquente et normale.

Le malade est revu le 26 octobre 1946, il recommence à souffrir après une période calme de deux mois, on conseille l'intervention pour ulcère duodénal en même temps qu'on instaure un traitement hépatique pour des nausées constantes et une vésicule sensible.

A l'intervention, le Docteur LÉANDRI ne note rien de spécial en dehors d'une cicatrice scléreuse à la face antérieure du bulbe.

La pièce opératoire montre un kissing ulcère du bulbe, et dans l'estomac une hypertrophie modérée des plis du fundus avec un état lisse de l'antrum se terminant par deux ou trois petits éléments polypoïdes ombiliqués immédiatement prépyloriques.

L'histologie montre des zones d'atrophie intercalées avec des zones sensiblement normales.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par les Docteurs GUTMANN et TRICARD)



Fig. XVII. — Obs. 8. Cliché du 16.VII.46. Avec compression. Nombreuses petites lacunes prépyloriques.

M. B..., 51 ans.

A présenté en 1940 un épisode de douleurs gastriques, de un mois et demi durant toute la journée et toute la nuit avec des régurgitations acides.

Par la suite jusqu'en 1946, histoire très vague de malaises périodiques.

En janvier 1946, les douleurs réapparaissent calmées par les aliments.

Des radiographies faites le 16 juillet 1946 montrent un aspect polypoïde de l'antra prépylorique sans raideur des courbures (fig. 17).

Le malade continue ainsi à souffrir plus ou moins vaguement et se met à vomir jusqu'en janvier 1947, amélioré par le collargol de temps à autre.

De nouveaux clichés (fig. 18) confirment l'aspect précédemment vu et l'on pose le diagnostic de gastrite polypoïde ombiliquée probable.

Nous continuons à traiter ce malade qui n'a pas été opéré (1).



Fig. XVIII. — Obs. 8. Cliché du 22.I.47. Avec compression. Peu de changement de l'aspect précédent.

(1) Depuis que ce travail est sous presse, il nous a été donné de poser le diagnostic de gastrite polypoïde ombiliquée chez deux malades, grâce à des aspects radiologiques typiques.

ETUDE ANATOMIQUE

AU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE, nous voyons que tous ces estomacs ont ceci de commun : de multiples petites saillies cratériformes, ressemblant à un état vaguement mamelonné, mais où chaque projection de muqueuse est percée d'un orifice, ou plus exactement d'une ombilication.

Ces éléments muqueux sont soit isolés les uns des autres, soit en groupe de 3, 4 ou plus, disposés linéairement, soit terminant l'extrémité d'un pli.

Ils font partie d'une muqueuse plus ou moins lisse. Le siège est toujours et uniquement antral, s'arrêtant net au pylore, le restant de l'estomac étant parcouru par de gros plis qui dans quelques cas sont particulièrement volumineux (fig. 11 et 13) et prennent un aspect cérébriforme.

La disposition de ces saillies n'est pas anarchique, mais semble suivre la direction des plis de l'estomac, ou remplacer ces plis, et l'on a ainsi une série d'éléments disposés linéairement, parallèles aux courbures de l'estomac. Un cas fait exception (fig. 13) où l'on remarquera que les éléments ont une disposition transversale, mais ceci est dû au fait que les plis, ici, ont subi une désorientation, et l'on constate sur la pièce un gros pli transversal, à la limite de l'antrum et du fundus; il est de plus terminé à l'une de ses extrémités par une ombilication.

AU POINT DE VUE HISTOLOGIQUE, nous constatons que toutes ces gastrites ont un certain nombre de points communs :

Tout d'abord les saillies sont uniquement dues à une hypertrophie de la muqueuse, se continuant avec des plages de muqueuse soit saine, soit atrophique d'étendue plus ou moins grande. Les glandes sous-jacentes sont claires, épaissies et montrent parfois une certaine métaplasie intestinale. L'épithélium y est normal, mais parfois si irrégulier qu'il forme presque des villosités (obs. IV et V).

L'ombilication centrale n'est pas due à une érosion punctiforme, mais à un tout petit îlot de muqueuse atrophiée au niveau de laquelle il n'y a plus ou presque plus de glandes. Et c'est cette différence d'épaisseur de la muqueuse qui traduit l'aspect macroscopique observé.

Le chorion est plus ou moins infiltré selon les cas, et même dans quelques cas (obs. II et IV) l'infiltration y est très intense. Dans un cas (obs. V) il est œdémateux et enfin dans un autre il commence à être envahi par des éléments conjonctifs jeunes (obs. IV).

En aucun cas nous n'avons rencontré de follicules clos avec centre germinatif, ni sous les saillies, ni dans les autres portions de l'estomac.

Les capillaires, dans l'ensemble sont un peu congestifs, surtout dans les cas où l'infiltration est la plus marquée.

Jamais la *muscularis mucosae* n'est intéressée par le processus gastritique comme dans la polypose en nappe où la *muscularis mucosae* suit les replis de la muqueuse, et où la muqueuse est simplement normale ou un peu hyperplasique.

Cependant dans un cas (obs. VI), les gros plis cérébriformes de la portion fundique sont non seulement muqueux, mais la *muscularis mucosae* y est intéressée et de plus il existe un axe conjonctif lâche, la muqueuse

y est normale, un peu épaissie, mais il s'agit ici du fundus et non de l'antra.

Cette gastrite polypoïde ombiliquée est uniquement antrale, dans aucun de nos cas, nous n'avons vu d'empiètement soit sur le fundus, soit sur le bulbe.

Certes, il peut exister de la duodénite, mais elle n'est pas de même nature : dans l'un de nos cas (obs. VI), elle est d'origine cholécystique probable, dans l'autre (obs. VII), il existe un double ulcère du bulbe.

En résumé, il s'agit là d'une gastrite à laquelle nous avons donné le nom de « polypoïde ombiliquée » qui convient le mieux à l'aspect macroscopique observé dans nos 7 cas opérés. Nous verrons plus loin que cet aspect peut être observé dans d'autres gastrites. Mais nos gastrites ont des caractères histologiques qui les différencient des autres types, et qui sont une atteinte exclusivement muqueuse de l'antra se caractérisant par une évolution vers l'atrophie, avec réaction hypertrophique légère du fundus et du corps de l'estomac. Ces lésions histologiques de la muqueuse peuvent être très discrètes au point qu'on peut croire à une muqueuse normale.

Il ne faut pas s'étonner de ces aspects dans les gastrites atrophiques que l'on croyait toujours lisses. JONES, BÉNÉDICT et HAMPTON ont observé des aspects polypoïdes de l'antra au cours des gastrites atrophiques, qui, pour eux, existeraient surtout au moment des rechutes ou au début d'une rémission.

DIAGNOSTIC

Essayons maintenant d'étudier les moyens de diagnostiquer cette affection. Pour cela nous nous appuyerons un peu sur la clinique dont les renseignements ne sont pas très caractéristiques et surtout sur la radiologie.

CLINIQUE : on peut remarquer à un examen peu approfondi que ces malades souffrent comme des ulcéreux : douleurs tardives après les repas ayant un caractère de périodicité. Cependant il faut noter que dans l'ensemble ces douleurs sont assez mal précisées : brûlures, constriction, élancements; elles ne sont pas régulières dans leurs caractères; dans aucun cas il ne s'agit de crampes ou de torsions. Les périodes douloureuses sont irrégulières en durée chez un même malade : durant tantôt quelques jours, tantôt deux à trois semaines.

De plus, il faut noter que : et dans la journée, et dans les périodes douloureuses, les douleurs ne disparaissent pas franchement. En somme, il existe des douleurs ayant une vague périodicité, mais n'ayant pas les caractères bien tranchés de l'ulcère avec ses périodes douloureuses marquées et ses intervalles de calme absolu.

Ce caractère pseudo-ulcéreux peut s'expliquer par le siège antral de la gastrite. C'est plus le siège de la lésion que la lésion elle-même, qui conditionne l'allure générale des troubles.

Les vomissements existent dans quatre cas (II, III, VI et VIII).

Il existe des signes généraux assez marqués : anorexie, amaigrissement, mauvais état général (obs. I, II, VI et VII), ils sont d'autant plus marqués que l'atrophie est plus intense. Cette atteinte de l'état général est synchrone aux douleurs, et pour SCHINDLER, dans les gastrites atrophiques, il existerait une périodicité de la fatigabilité.

Nous n'avons pas procédé à une étude de l'acidité gastrique, à laquelle nous n'accordons aucun intérêt diagnostique. Classiquement les gastrites atrophiques se caractériseraient par une anachlorhydrie, mais SCHINDLER et MURPHY signalent que dans 2/3 des cas, il n'y a pas d'atteinte de l'acidité.

RADIOLOGIE : le diagnostic s'établira plus sûrement par la radiologie. Dans presque tous nos cas, nous avons eu des images polypeuses typiques de l'antrum où l'on voyait plusieurs lacunes arrondies plus ou moins grandes de l'antrum, persistant d'un examen à l'autre, ou si elles disparaissaient, réapparaissaient à la compression.

Toutefois cet aspect polypeux n'existe pas dans certains cas, et c'est pour un aspect floconneux qu'ALBOT, LÉGER et TRICARD ont opéré un de leurs malades, c'est pour un aspect nuageux de la petite courbure que le Professeur SÉNÈQUE a opéré le sien. Dans les deux cas l'on craignait un cancer.

Le malade de l'observation VI a été opéré pour un ulcère duodénal qui n'existait pas. La radiographie du malade de l'observation VII, ne montre qu'une encoche prépylorique de la petite courbure, mais la pièce opératoire nous montre qu'il s'agissait surtout d'atrophie et que les éléments polypoïdes n'existent qu'en très petit nombre.

Ainsi que l'aspect macroscopique le laisse prévoir,

on peut voir dans certaines images radiologiques des images de plis assez faiblement contrastées et sur ces plis, en contraste plus marqué, en surimpression on dirait-on dire, une série de petites lacunes polypéuses (fig. 4, 5, 17 et 18). Parfois, il existe une lacune à l'extrémité d'un pli (fig. 1 et 2).

Dans un cas (fig. 9), chaque lacune est centrée par un petit point de baryte qui traduit l'ombilication centrale. Ceci nous semble pathognomonique de l'élément polypoïde ombiliqué. Cependant le fait est rare, et nous ne nous retrouvons dans la littérature qu'une observation analogue.

Dans tous les cas on note sur la grande courbure des signes d'hypertrophie des plis de l'estomac.

La différenciation peut être tout de même difficile à faire avec la polypose gastrique où il existe également de gros plis gastriques avec des lacunes antrales. On peut simplement dire que celles-ci sont plus grosses, plus nombreuses, plus franchement délimitées, plus serrées entre elles dans les cas de polypose en nappe.

Le diagnostic est à faire aussi avec le cancer, et voici le cas d'une malade qui a été vue au moment où nous observions les premières de ces gastrites, et pour laquelle, influencés par ces cas, nous avons posé le diagnostic possible de gastrite polypoïde.

OBSERVATION IX

(Communiquée par les Docteurs GUTMANN, MARQUIS,
LÉANDRI et YCRE)

Mme M..., 34 ans.

Vient consulter pour des douleurs à l'estomac évoluant depuis 4 ans, à type de crampe épigastrique survenant de 3 à 4 heures après le repas et calmées par les aliments. Elles sont irrégulières, survenant 2 à 3 jours par semaine. Depuis 15 jours, elle souffre tous les jours 3 heures après les repas de douleurs très intenses;

des vomissements acides sont survenus qui calment les douleurs, avec parfois un peu de sang dans les vomissements.

Selles normales.

Examen négatif.

Les radiographies montrent des aspects difficiles à interpréter. La petite courbure prépylorique est raide, a perdu ses ondulations. Par compression apparaissent des images d'aspect polypoïdes plus ou moins grandes selon les clichés et la compression, dont certaines paraissent se continuer avec des plis gonflés, le tout perdu dans une surface qui a perdu ses plis normaux (fig. 19).

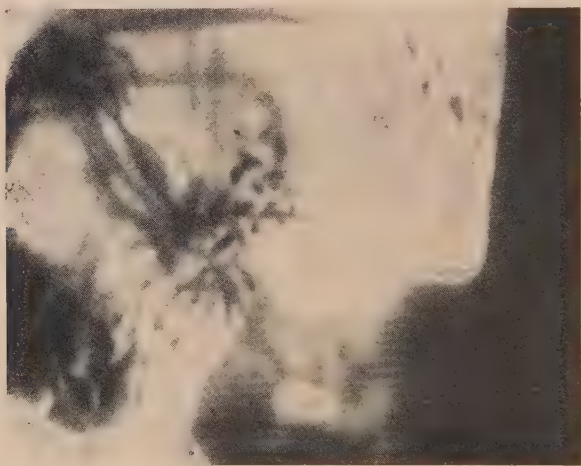


Fig. XIX. — Obs. 9. Amas de petites lacunes de l'antré. Toutefois ici, ces lacunes sont déformables d'un cliché à l'autre et il existe une raideur constante sur tous les clichés.

Le diagnostic hésite entre cancer et gastrite polypoïde. On fait un essai de traitement par le collargol et la belladonne, et la malade revient en janvier 1946, souffrant moins mais vomissant souvent après les repas. La compression, insuffisante, ne montre plus d'images polypoïdes, mais la zone prépylorique à l'aspect flou précédemment observé persiste.

La malade dont le foie est sensible, est mise à un traitement hépatique en plus du traitement gastrite.

En avril 1946, elle est très améliorée, cependant elle souffre encore, mais moins, et de douleurs à type de pesanteurs; elle a encore 2 ou 3 vomissements par semaine, et ceux-ci calment les douleurs. Pour la première fois, amaigrissement de 2 kilos en 4 mois

Souffre toujours irrégulièrement après les repas, en juin 1946, de pesanteurs. Vomit assez souvent, et ces vomissements sont très acides.

Les nouveaux clichés montrent, toujours par compression un aspect flou et sans plis de la région prépylorique avec quelques aspects polypoïdes. La petite courbure dans cette région est demi-raide et se continue avec le pylore par un aspect inconstant de niche prépylorique qui est peut être dû au passage d'une région déprimée à une région saine.

On décide de faire opérer la malade avec le diagnostic hésitant entre gastrite polypoïde et cancer.

Une gastrectomie est faite et l'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un cancer antral.

Nous voyons que dans cette observation tout peut induire en erreur : douleurs vaguement ulcéreuses, irrégulières, vomissements, images radiologiques polypoïdes, qui dans certains cas semblent continuer les plis gonflés...; un signe important doit faire penser au cancer plutôt qu'à la gastrite : la rigidité que l'on retrouve sur tous les clichés.

Il faut donc se méfier lorsqu'on se trouvera en présence de lacunes polypoïdes de ce type, et rechercher tous les signes de malignité pour les éliminer, avant d'affirmer le diagnostic de gastrite.

Ces restrictions faites, nous pouvons conclure que, gros plis plus lacunes, doivent faire penser au diagnostic de gastrite polypoïde ombiliquée, et que la présence d'une tache barytée au centre de la lacune doit permettre de l'affirmer.

Nous devons confesser que dans aucun de ces cas la gastroscopie n'a été faite, aussi ne pouvons-nous avoir la moindre opinion à ce sujet.

De toute façon, nous doutons qu'elle soit d'un appoint important dans le diagnostic, à cause du siège antral difficilement visible. Les gastrites antrales et pyloro-duodénales étant surtout décrites par les histologistes.

Nous avons toutefois pour excuse le fait de n'avoir pas diagnostiqué fermement ces gastrites; et quand le diagnostic de cancer ou d'ulcère a été fait, nous ne nous fions pas à la gastroscopie qui, en général, ne voit pas un cancer au début, souvent à peine visible sur la pièce opératoire, quant au diagnostic d'ulcère, la gastroscopie y est totalement inutile.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'ulcérations ombiliquées, type Henning (voir plus loin), la gastroscopie est incapable de différencier l'ulcération d'avec nos aspects ombiliqués.

PLACE NOSOLOGIQUE

Des nombreuses recherches bibliographiques que nous avons effectuées, il semble que cet aspect polypoïde ombiliqué soit fréquent en Allemagne et dans les pays Scandinaves, et qu'il est peu ou pas rencontré dans les pays Anglo-Saxons et Latins.

Toutefois la première description et le premier schéma publiés d'un aspect polypoïde ombiliqué sont de Robert CARSWELL sous le nom d'érosion folliculaire, ils datent de 1838.

Nous allons voir maintenant comment KALIMA, PUHL, KONJETZNY, NICOLAISEN, Knud FABER et bien d'autres ont décrit des aspects analogues mais qui en diffèrent quelque peu.

Les rares photos de pièces macroscopiques publiées par ces auteurs ressemblent macroscopiquement aux cas que nous publions ici. Les uns les appellent gastrites érosives, d'autres gastrites ulcéreuses. Tous, à la suite de KONJETZNY, en font l'origine certaine des ulcères. L'orifice que nous voyons au sommet de chaque saillie serait pour ces auteurs une érosion et semble en être une dans certaines de leurs observations. Ce serait une érosion qui resterait dans l'épaisseur de la muqueuse et qui serait entourée d'un bourrelet de muqueuse épaissie par une forte infiltration.

EROSIONS : elles ne sont pas toujours punctiformes, mais parfois plus ou moins allongées et plus ou moins déformées. Leur siège serait soit au sommet d'une sail-

lie, soit au fond d'un sillon entre deux plis, cas le plus fréquent. Ces érosions sont, soit en évolution, soit cicatrisées, toujours en coexistence dans un même estomac. Ce sont les érosions cicatrisées qui peuvent créer la confusion avec nos gastrites, car le pourtour de l'érosion est tapissé d'une rangée de cellules cubiques, et l'aspect persisterait indéfiniment.

Dans les cas qui nous intéressent, nous n'avons pas affaire à une érosion au vrai sens du mot : perte de substance ou lacune dans la muqueuse, car celle-ci nous a toujours semblé intacte, bien qu'atrophiée.

D'autre part, le plus souvent les cicatrisations d'érosions se font par un bloc fibreux allant de la *muscularis mucosae* à la surface de la muqueuse, chose que nous n'avons jamais rencontrée.

De plus, dans nos cas, l'aspect est toujours punctiforme et le siège est toujours au sommet d'une élévation. Jamais nous n'avons trouvé d'érosions au stade évolutif. Jamais nous n'avons vu de tendance à l'étalement qui serait la preuve d'une érosion évolutive.

BOURRELET : il serait dû à un épaissement de la muqueuse par une forte infiltration et par la formation de tissu conjonctif, autour de l'érosion. Or, cette infiltration, si elle est marquée dans certains de nos cas, est minime dans beaucoup d'autres, mais nous avons toujours une hypertrophie glandulaire par métaplasie intestinale.

Pour MASKOWICZ, cette métaplasie serait un processus de régénération, pour KONJETZNY c'est un processus de cicatrisation qui se trouverait toujours au voisinage de l'érosion.

La première explication nous semble plus plausible et il s'agit probablement d'une réaction contre la tendance atrophique de la muqueuse, ce qui concorde avec le fait que nous avons déjà signalé un peu plus haut, que

ces aspects hypertrophiques des gastrites atrophiques sont constatés par les gastroscopistes, surtout au début des phases de rémission et au cours des rechutes.

L'épithélium de ces saillies peut être très irrégulier, au point de former des villosités.

Pour ces auteurs allemands et scandinaves, et surtout KONJETZNY et Knud FABER, les érosions peuvent à un certain moment devenir des ulcères en creusant dans la profondeur. Bien que nos cas, n'étant pas érosifs, n'entrent pas dans cette discussion, disons maintenant qu'il ne nous est pas possible de souscrire à une telle opinion. HAUSER, puis MOUTIER ont montré comment dans la gastrite érosive, l'érosion s'étalait en surface et non en profondeur. D'autre part, les gastroscopistes n'ont jamais vu cette transformation d'une érosion en un ulcère. Ensuite, comment cette gastrite exclusivement antrale donnerait-elle des ulcères qui le plus souvent siègeraient en dehors de ses limites.

Dans beaucoup de cas, des auteurs se sont aperçus que leurs opérés pour ulcère n'avaient pas d'ulcère, mais seulement une gastrite polypoïde ombiliquée et ils en ont publié chacun un certain nombre, si bien que MORAWITZ a parlé de « maladie ulcéreuse sans ulcère ». Nous pensons plutôt qu'il s'agissait d'erreur de diagnostic à une époque où les examens aux rayons X étaient encore insuffisants, et aussi d'erreurs cliniques dues au syndrome vaguement ulcéreux que peuvent emprunter ces gastrites. Voici deux de ces erreurs signalées par Knud FABER : dans l'une, il y avait un syndrome ulcéreux avec RADIOGRAPHIE NORMALE, dans l'autre, la radio ne montrait qu'une encoche spasmodique de la grande courbure du bulbe. C'est insuffisant pour faire gastrectomiser des malades.

D'ailleurs pourquoi s'étonner de la coexistence d'une gastrite et d'un ulcère dans des pays où KONJETZNY lui-même prétend n'avoir jamais vu un estomac normal, où

PUHL n'en aurait vu que 30 sur 140 examinés, et où ORATOR et PATSCHKIS au cours de 9 mois d'autopsies dans un grand hôpital de Vienne n'ont trouvé que 10 estomac normaux.

SCHINDLER a montré expérimentalement chez le chien, que l'on peut produire de la gastrite (avec élément polypoïde ombiliqué), alors qu'il est excessivement rare de voir ou de provoquer chez cet animal un ulcère. Ceci est une présomption de plus en faveur de l'indépendance entre l'ulcère et les gastrites.

Ces auteurs ont remarqué qu'il existait parfois entre les érosions des plages d'atrophie; nous croyons que ce sont à ces cas que se rapportent nos observations et qu'il faut séparer des gastrites érosives un groupe de gastrites à tendance atrophique.

On a également signalé la possibilité d'existence de follicules clos dans l'épaisseur de la muqueuse, et ceux-ci peuvent être si nombreux que DOBROULSKI a pensé donner le nom de GASTRITE FOLLICULAIRE CHRONIQUE aux cas qui présenteraient cette éventualité.

Ces derniers cas semblent moins rares en Amérique puisque FITZGERALD de Montréal étudie, en se référant à KONJETZNY, 9 cas de gastrites folliculaires chroniques dont il ne publie aucune reproduction de l'aspect macroscopique, mais dont les descriptions nous semblent conformes à nos cas. Il en fait une entité n'ayant aucun rapport avec l'ulcère. Du point de vue histologique, les caractères diffèrent de nos cas d'abord, de la gastrite érosive ensuite : il existe de gros follicules lymphoïdes à centre germinatif contenant en particulier des éosinophiles en grande abondance. Ces follicules bien que signalées par KONJETZNY dans la gastrite érosive, ne semblent pas avoir de rapports avec cette gastrite, ni avec nos cas de gastrites où nous n'en avons pas rencontré. Dans les épaissements muqueux, les vaisseaux sont dilatés; il y a atteinte de la sous-mu-

queuse qui est envahie par du tissu fibreux. Les cellules à mucus sont bourrées de mucus. La *muscularis mucosae* est épaissie, et parfois il y a atteinte de la sous-séreuse, préparant ainsi à la périgastrite.

L'érosion peut s'étendre jusqu'à la *muscularis mucosae* ou se diriger vers un follicule clos.

Dans ces cas, la gastrite déborde donc la muqueuse, contrairement à nos cas.

A la suite de FITZGERALD, de nombreux auteurs américains ont étudié des cas semblables et nous pouvons signaler les publications de JOHNSTON qui cite 37 cas, de LINDAU et WULFF, etc... sans que dans aucune de ces publications nous ne retrouvions de photographies de pièces opératoires, à l'exception de LINGLEY qui rapporte une discussion diagnostique sur un cas de gastrite folliculaire chronique au Massachusset General Hospital. Nous avons la conviction par l'examen de ce dernier cas qu'il ne s'agit de rien d'analogue à nos gastrites.

Les saillies de la muqueuse sont dues en grande partie à de l'œdème car elles ont beaucoup diminué après section de l'estomac, et il existe de nombreux follicules clos dans la muqueuse à cet endroit.

D'autre part, l'examen de la figure de la pièce nous montre que les saillies sont bien moins marquées, délimitées de façon peu nette; ceci est probablement dû au fait qu'elles sont surtout œdémateuses. En outre, il y a intégrité des plis fundiques.

Enfin la troisième observation de la publication d'ALBOT, LÉGER et TRICARD, à propos des aspects polypoïdes ombiliqués (les deux premières observations étant reproduites dans le présent travail) ne nous semble pas correspondre aux gastrites que nous avons décrites. Les auteurs le reconnaissent eux-mêmes, ils n'ont pas l'impression que les cas qu'ils publient soient de même nature. Cette troisième observation semble correspon-

dre aux descriptions de gastrite folliculaire chronique de FITZGERALD, il existe en effet sous la saillie muqueuse un gros follicule lymphoïde avec forte infiltration d'éosinophiles; les gros plis font également défaut dans cette observation.

En résumé, les auteurs allemands et scandinaves ont fait des gastrites polypoïdes ombiliquées un des aspects macroscopiques de la gastrite érosive; par la suite on en a séparé la gastrite folliculaire chronique; nous pensons qu'il faut en séparer également une variété de gastrite à tendance atrophique. Autrement dit, il s'agit d'un aspect macroscopique voisin que peuvent revêtir plusieurs gastrites :

les gastrites érosives,

les gastrites folliculaires chroniques,

les gastrites atrophiques,

c'est dans ce dernier groupe que se rangent nos observations.

Il s'agit dans nos cas d'une gastrite à tendance atrophique dont l'évolution est fort longue puisqu'on peut la compter par décades. Nous n'avons suivi aucun de nos cas aussi longuement, mais une chose nous a frappé, c'est la constance des aspects radiologiques qui ne sont ni en progression, ni en régression, à des intervalles de temps de plusieurs mois et allant jusqu'à un an. Les signes les plus constants dont se plaignent les malades : douleurs plus ou moins vagues, anorexie et amaigrissement, qui au début ont une évolution plus ou moins périodique, deviennent progressivement constants. Si on laissait évoluer, il est probable que les malades s'achemineraient lentement vers la cachexie.

TRAITEMENT

Dans nos cas l'opération a presque toujours été faite. Nous ne pouvons donc parler du traitement médical que d'une façon théorique en nous référant à ce qui a été étudié dans les gastrites atrophiques.

La thérapeutique symptomatique classique : régime, acide chlorhydrique est inopérante; cependant JONES, BÉNÉDICT et HAMPTON ont, les premiers, décrit la régénération d'une muqueuse atrophique au cours d'une anémie pernicieuse par un traitement antianémique. Par la suite, CHEVALLIER et MOUTIER ont obtenu les mêmes résultats dans des gastrites atrophiques sans anémie. De nombreux auteurs ont par la suite essayé dans les gastrites atrophiques l'hépatothérapie et la ferrothérapie, ils sont arrivés à de nombreux succès.

SCHINDLER, KIRSNER et PALMER ont obtenu 5 succès sur 7 gastrites atrophiques sans anémie en employant un extrait hépatique concentré intramusculaire à la dose moyenne de 1 centimètre cube par semaine; (les auteurs ne nous donnent pas le taux de concentration), ils ont observé la rémission complète des signes cliniques et la guérison gastroscopique. Cependant ces succès ne sont pas durables et il y a reprise de l'atrophie et des signes cliniques dès que la médication est arrêtée.

Par la suite, d'autres auteurs ont étudié en Amérique un extrait desséché d'estomac de porc sous le nom de « ventriculin » et ont observé des retours à la normale d'estomacs atrophiques sans anémie, mais avec

reprise des signes cliniques et gastroscopiques dès cessation du traitement. Dans certains cas d'anacidité totale, on peut observer un retour de la pepsine mais non de l'acide chlorhydrique, à l'exception d'un cas de SCHIFF et GOODMAN, où un an après la cessation du traitement, non seulement la guérison persistait, mais il y a eu retour de l'acide chlorhydrique libre.

Nous remarquerons que quel que soit le traitement employé, fer, extrait hépatique ou extrait desséché d'estomac de porc, les doses sont élevées : pour le fer, CHEVALLIER ne donne pas moins de 2 grammes par jour et va jusqu'à 6 grammes en veillant à ce que la diarrhée ne vienne pas empêcher l'absorption du médicament. On préférera le sulfate ferreux au protoxalate.

L'extrait hépatique doit être très concentré. Quant à l'extrait desséché d'estomac de porc, on l'emploiera à la dose quotidienne de 30 à 60 grammes.

Ces doses doivent être continuées plusieurs mois avant d'observer des signes sensibles d'amélioration.

Nous nous proposons de combiner ces thérapeutiques chez nos malades en y associant un régime peu irritant de l'estomac et non traumatisant, en y adjoignant la vitaminothérapie A dont les effets bienfaisants en pathologie gastrique ont été affirmés, par GUTMANN, en insistant sur une bonne mastication des aliments et en veillant à ce que la denture de ce malade soit en bon état.

Il serait intéressant d'essayer l'acide folique dont les premières publications sur le traitement des anémies ont montré de beaux résultats.

CONCLUSION

Ainsi nous croyons avoir dégagé un nouvel aspect des gastrites atrophiques en nous appuyant sur sept pièces opératoires. Cet aspect qui nous semble être une réaction de l'antrum de l'estomac vis-à-vis de toute inflammation de quelque nature qu'elle soit, est cependant assez rare en France pour que nous n'en ayons pas rencontré d'autres cas dans la littérature.

Nous croyons de plus que le diagnostic peut être fait dans certains cas et qu'il permettra d'essayer une thérapeutique que nous voulons bien croire efficace mais sur laquelle nous n'osons encore nous prononcer.

Dans les cas où le malade ne réagirait pas rapidement au traitement, où les douleurs persisteraient, où les images radiologiques ne se modifieraient pas, la gastrectomie est indiquée.

Vu et Approuvé, le Doyen :

L. CORNIL

Vu, le Président de Thèse :

D. OLMER

Vu et Permis d'imprimer,

Aix, le 24 Février 1947

Le Recteur :

BLACHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT (G.), LÉGER (L.) et TRICARD. — Formations polypôides à sommet ombilique de la muqueuse gastrique. (*Presse Médicale*, 19 mars 1947).
- BELLIN. — Les gastrites ulcéreuses. (*Thèse*, Paris, 1941).
- BRUNN (H.) et GOLD (R.-L.). — The surgical problem of gastritis. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 72, 31-37, janv. 1941).
- BRUNN (H.) et PEARL (F.-L.). — Diffuse gastric polyposis. Adenopapillomatosis gastrica. (*Surg. Gynec. et Obst.*, 43, 559-598, 1926).
- CAREY (J.-B.). — Gastroscopic observation in chronic gastritis. (*Am. J. Digest. Dis.*, 7, 160, avril 1940).
- CARSWELL (Robert). — Pathaological Anatomy London, 1833-38, cité par Knud FABER.
- CHEVALLIER (P.) et MOUTIER (F.). — L'atrophie gastrique et la thérapeutique antianémique dans les affections sans anémie. (*Bull. et Mém. Soc. d. Hôp. de Paris*, 50, 1.606-1.612, 30 nov. 1934).
- Gastroscopie dans les maladies du sang. (*Sang*, 11, 935-971, 1937).
- CONGRÈS DE GASTROENTÉROLOGIE (Premier). — Les gastrites. Bruxelles, 1935.
- DAHL (B.). — Etude anatomo-pathologique et clinique sur la gastrite aiguë et chronique. (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 20, 701-807, juil. 1930).

- FABER (Knud). — Chronic gastritis, its relation to achylia and ulcer. (*Lancet*, 2, 901-907, 29 oct. 1927).
- Gastritis and its consequences. (*Oxford University Press*, Copenhagen, 1935).
- FITZGERALD (R.-R.). — Chronic follicular gastritis (with report of 9 cases). (*Brit. J. Surg.*, 19, 25-46, juil. 1931).
- GUTMANN (R.-A.). — Les gastrites et les duodénites chroniques hémorragiques. (*Bull. Méd.*, 43, 589-593, 22 mai 1929).
- GUTMANN (R.-A.), BERTRAND (I.) et PÉRISTYANI (Th.-J.). — Le cancer de l'estomac au début. Doin et Cie, Paris, 1939).
- JOHNSTON (C.-R.-K.). — Chronic follicular gastritis. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 58, 614-618, mars 1934).
- JONES (C.-M.), BÉNÉDICT (E.-B.) and HAMPTON (A.-C.). — Variations in gastric mucosa in pernicious anemia. (*Am. J. M. Sc.*, 190, 596-610, nov. 1935).
- KIRKLIN (B.-R.). — Roentgenologic aspects of chronic gastritis. (*Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 14, 59-64, 25 janv. 1939).
- KONJETZNY (G.-E.). — Die entzündliche Grundlage der typischen Geschwursbildung im Magen und duodenum. (*Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh.*, 37, 184-332, 1930).
- Ueber die Anzeige zur chirurgischen Behandlung der gastritis und zur Berteilung ihrer Ergebnisse. (*Therap. d. Gegenwart*, 75, 65-70, 1934).
- Chronische Gastritis und Magenkrebs. (*Monatschr. f. Krebs*, 2, 65-78, 1934).
- Eine Besondere Form der chronischen Hypertrophischen Gastritis unter dem klinischen und roentgenologischen Bilde der Carcinome. (*Chirurg.*, 10, 260-268, 15 avr. 1938).
- LINDAU (A.) et WULFF (H.). — The peptic genesis of gastric and duodenal ulcer. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 53, 621-634, nov. 1931).
- LINGLEY (J.-R.). — (*Am. J. Roentgenol.*, 42, 438, sept. 1939).

MOUTIER (F.). — Essai de classification des gastrites. (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 23, 527-529, mai 1933).

— Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. (Masson et Cie, Paris, 1935).

PASCHKIS et ORATOR. — Beiträge zur Normalhistologie der menschlichen Magens. (*Ztschr. f. d. ges. Anat.*, I abst., München u. Berlin, 67, 494-526, 1923).

PEARL (F.-L.) et BRUNN (H.). — Multiple gastric polyposis. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 76, 257-281, mars 1943).

PUHL (H.). — Ueber die Bedeutung entzündlicher Prozesse für die Entstehung des ulcus ventriculi et duodeni. (*Virchows Archiv*, 260, 1926).

RINGERTZ. — Über Verhildenteiten im anatomischen Bilde der ulcus gastritis und ihre Dentung nebst einem Beitrag zur Kenntniss der Magenwandveranderungen bei ulcus perforans. (*Acta path. et microbiol. Scandinav.*, 8, 323-367, 1931).

SCHIFF et GOODMAN. — Dessicated hog's stomach extract (ventriculin) in the treatment of atrophic gastritis. (*Am. J. Digest. Dis.*, 7, 14-17, janv. 1940).

SCHINDLER (R.). — Observations gastroscopiques sur la gastrite chronique. (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 21, 680-685, juil. 1931).

— Gastritis simulating tumor formation. (*Am. J. digest. dis.*, 6, 523-529, oct. 1939).

SCHINDLER (R.), KIRSNER (J.-B.) and PALMER (W.-L.). — Atrophic gastritis gastroscopics studies on the effect of liver and iron therapy. (*Arch. Int. Med.*, 65, 78-89, janv. 1940).

SCHINDLER (R.) and MURPHY (H.-M.). — Symptomatology of chronic atrophic gastritis. (*Am. J. Digest. Dis.*, 7, 7-13, janv. 1940).

SCHINDLER (R.), NECHEIES (H.) and GOLD (R.-L.). — Surgical gastritis : genesis of stomachs with particular reference to so called « antral gastritis » associated with ulcer. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 69, 281-286, sept. 1939).

SCHINDLER (R.) and ORTMAYER. — Classification of chronic gas-

tritis with particular reference to the gastroscopic method.
(*Arch. Int. Med.*, 57, 959-978, mai 1936).

SWALM (W.-A.) and MORRISON (L.-M.). — The present status of
treatment in chronic gastritis : gastroscopic observations.
(*Am. J. Digest. Dis.*, 5, 472-482, oct. 1938).

TUMEN, HENRY and LIEBERTHAL, MILTON (M.). — Chronic gastritis.
A review of its present status. (*New Int. Clinics*, 2, 263-
291, 1941).

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S
